ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

В.В. Туз, Е.В. Щедрова, Н.А. Ломоносова, О.В. Макина, О.В. Кисельникова

ГБУЗ ЯО Областная детская клиническая больница,
ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет

ВВЕДЕНИЕ: Эпидемиология эндокринных заболеваний отличается не только в различных странах, но и в различных регионах России.

Цель исследования: исследовать распространенность основных эндокринных заболеваний в Ярославской области.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Патология эндокринной системы у детей в Ярославской области за последние десятилетия имеет неуклонную тенденцию к росту. Численность детского населения до 18 лет на 2020 г. составляет 264 тыс. человек, из них 82,4% городских детей. Среди эндокринной патологии преобладают такие нозологические единицы, как ожирение, сахарный диабет 1 типа (СД1) и патология щитовидной железы. Количественная характеристика заболеваний эндокринной системы представлена в таблице 1.

Табл. 1. Количественная характеристика эндокринной патологии у детей по Ярославской области за 2020 год

Нозология	Всего	В т.ч. впервые выявленный в 2020 г.
Сахарный диабет 1 типа	537	97
Сахарный диабет 2 типа	10	2
Врожденный гипотиреоз	32	1
Диффузный токсический зоб	14	2
Узловой зоб	112	26
Тиреоидиты	301	77
Рак щитовидной железы	5	1
Врожденная дисфункция коры надпочечников	24	1
Ожирение	1673	303
Гипофизарный нанизм	43	5
Синдром Шерешевского-Тернера	8	1
Преждевременное половое развитие	21	5
Нарушение формирования пола	4	0
Гипопаратиреоз	4	1
Врожденный гиперинсулинизм	3	0

Ярославская область занимает лидирующее место по распространенности СД1 среди детей и подростков по Центральному Федеральному Округу на протяжении последних лет. На конец 2020 г. на учёте состоит 537 детей с СД, из них 8 человек с СД 2 типа. Распространенность СД1 составила 222 на 100 тыс. дет. нас., заболеваемость СД1 40 на 100 тыс. дет. нас. За последний год отмечен резкий подъём показателей, не исключена связь с COVID-19. Заболеваемость детей СД

1 типа в Ярославской области неуклонно возрастает и по сравнению со среднеевропейскими показателями (16,3 на 100 тыс. детей) превосходит 2,5 раза. Увеличивается количество детей, заболевших СД1 в дошкольном возрасте. Заболеваемость среди детей данного возраста сохраняется на высоком уровне и достигает периодически 50%.

Следствием поздней диагностики является состояние детей при поступлении в стационар. 51% детей поступает в среднетяжелом состоянии без признаков кетоза и 49% — с кетоацидозом, требующие проведения интенсивной терапии, из них 34% в крайне тяжелом состоянии, нуждающиеся в реанимационной помощи. В дальнейшем это приводит к более ранним появлениям хронических осложнений и назначением более высоких доз инсулина, а также представляет непосредственную угрозу для жизни ребенка.

Таким образом, несвоевременная диагностика СД 1 типа и поздняя госпитализация больных в состоянии клинико-метаболической декомпенсации может быть связана с быстрым развитием критического состояния у детей после появления первых признаков заболевания, с недостаточным вниманием к состоянию ребенка в семье, даже при наличии отягощенной наследственности по СД; с недооценкой симптомов заболевания со стороны врачей первичного звена, а также специалистов, к которым первоначально попадают дети вследствие полиморфизма клинической картины дебюта СД.

По нашим представлениям, эта информация должна быть хорошо известна, в первую очередь, врачам педиатрам первичного звена детского здравоохранения, так как именно они впервые сталкиваются с дебютом СД у детей, и именно они определяют дальнейшую тактику ведения таких больных. Необходимо создать настороженность педиатров всех специальностей в отношении СД 1 типа не только тогда, когда клиническая картина явная, но и тогда, когда ее вообще нет, а у ребенка имеются предрасполагающие факторы или имеется какой-либо нетипичный синдром.

Второе место по обращаемости среди эндокринной патологии занимает проблема избыточного веса у детей и подростков. С каждым годом увеличивается количество детей с избыточной массой тела и ожирением. Вероятно, это связано с малой физической активностью детей, нерациональным и гиперкалорийным питанием. Большинство пациентов находится под наблюдением эндокринологов поликлиник, в отделение поступают дети с осложненными формами ожирения для выявления нарушений всех видов обмена, сопутствующей патологии и обучения принципам правильного питания, подбора комплекса физических упражнений. Все чаще выявляется ожирение, осложненное нарушениями углеводного обмена, такими как нарушение толерантности к глюкозе, гиперинсулинемией и инсулинорезистентностью, из нарушений липидного обмена — гиперхолестеринемией и дислипидемией, участились случаи выявления жировой инфильтрации печени. У подростков, как правило, ожирение осложнено гипоталамическим синдромом и артериальной гипертензией. Стоит отметить формирование хронической болезни почек у детей с осложненным ожирением (метаболическим синдромом), к которой приводят абдоминальное ожирение и инсулинорезистентность, активируя склерозирование клубочков и повышение внутривенного давления.

Для расширения обслуживания пациентов с ожирением в амбулаторной сети функционируют дневные стационары, где дети с данной проблемой обследуются, получают лечение, занимаются в специализированных группах ЛФК. Планируется открытие Школы здоровья по борьбе с избыточным весом у детей и подростков.

Заболевания щитовидной железы занимают 3 место по частоте обращаемости эндокринной патологии. В основном диагностируются такие изменения со стороны щитовидной железы, как множественные коллоидные образования, аутоиммунный тиреозит, диффузный нетоксический зоб, узловой или многоузловой зоб, субклинический гипотиреоз, реже диффузный токсический зоб и злокачественные новообразования. За последние годы увеличилось количество детей с аутоиммунным тиреозитом и коллоидно-узловыми зобами.

В последние годы обращает внимание тенденция к увеличению выявления среди нарушений роста гипопизарного нанизма — 43 человека. Распространенность составила 16,2 детей

на 100 тыс. дет. нас., что превышает среднее значение по РФ (12,3/100 тыс.дет.нас.). Стимуляционная проба с инсулином позволяет подтвердить генез СТГ-дефицита. Все дети получают заместительную терапию соматотропным гормоном по программе «7 нозологий».

Нарушение полового развития в нашем регионе преимущественно занимает преждевременное половое развитие (ППР). Распространённость ППР по Ярославской области на 2020 г. составила 7,95 случаев на 100000 детского населения, что несколько выше по РФ в целом (5/100 тыс.дет.нас.). Проводимая стимуляционная проба с гонадотропин-рилизинг-гормоном (диферелин) позволяет дифференцировать гонадотропинзависимые формы ППР от гонадотропин-независимых и от изолированного телархе у девочек.

Таким образом, патология эндокринной системы у детей в Ярославской области довольно разнообразна, превышает частоту распространения по сравнению со средними значениями по России. Лабораторно-диагностическая служба позволяет выявлять эндокринную патологию у детей с раннего возраста. В городе функционируют две Школы Здоровья по проблемам сахарного диабета у детей и подростков. Хотелось бы расширить обследование генетического профиля, а также увеличить количество штатных ставок детских эндокринологов как в городе, так и в областных регионах.